

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No
543

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ORLANDO CAÑIZARES

Né le 27 mai 1910, à LA HAVANE (Cuba)

Les Traitements

du

Xanthelasma

Travail du Service de M. le professeur agrégé SÉZARY

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, PARIS (V°)

—
1935

etc.

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

ORLANDO CAÑIZARES

Né le 27 mai 1910, à LA HAVANE (Cuba)

Les Traitements

du

Xanthelasma

Travail du Service de M. le professeur agrégé SÉZARY

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

Librairie L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, PARIS (V°)

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
Clinique d'accouchements.	{ BRINDEAU.
	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
Professeurs sans chaire.	{ OLIVIER.
	{ VERNE.
	{ MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD Henri..	Pathologie médicale.	LEMAIRE. . . .	Pathologie expé- ri mentale.
BERNARD Étienne..	Pathologie médicale.	LEVEUF. . . .	Pathologie chirurgi- cale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY. . . .	Pharmacologie.
BOULIN. . . .	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI. . .	Neurologie et Psy- chiâtrie.
BULLIARD. . . .	Histologie.	MOREAU. . . .	Pathologie médicale.
CATHALA. . . .	Pathologie médicale.	MOULONGUET..	Pathologie chirurgi- cale
CHEVALLIER. . . .	Pathologie médicale.	MOUQUIN. . . .	Pathologie médicale.
DOGNON. . . .	Physique.	OBERLING. . . .	Anatomie patholo- gique.
FEY. . . .	Urologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD. . . .	Parasitologie.	PIÉDELÈVRE. . . .	Médecine légale.
GASTINEL. . . .	Bactériologie.	PORTES. . . .	Obstétrique.
DE GAUDART		RICHET. . . .	Physiologie.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgi- cale.	SANNIÉ. . . .	Chimie biologique.
GAYET. . . .	Physiologie.	SÈNÈQUE. . . .	Pathologie chirurgi- cale.
GIROUD. . . .	Histologie.	TROISIER. . . .	Pathologie expéri- mentale.
HAGUENAU..	Pathologie médicale.	TURPIN. . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN. . . .	Oto-rhino-laryngolo- gie.	VIGNES. . . .	Obstétrique.
HAZARD. . . .	Pharmacologie.	WILMOTH. . . .	Pathologie chirurgi- cale.
HUGUENIN. . . .	Anatomie patholo- gique.		
JOANNON. . . .	Hygiène.		
LABBÉ Henri. . .	Chimie biologique.		
LACOMME. . . .	Obstétrique.		
LANTUÉJOL. . .	Obstétrique.		
LAROCHE Guy..	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens.

MM.		MM.	
ALGLAVE. . . .	Pathologie chirurgi- cale.	LEROUX. . . .	Anatomie patholo- gique.
BUSQUET. . . .	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
CHAILLET-BERT. .	Physiologie.	ZIMMERN. . . .	Physique.

**IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.**

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.. . .		BROCO.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.. . . .	
CHABROL.		HEITZ-BOYER. . . .	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR- VALLERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.. . . .	
LÉVY-SOLAL. . . .	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE.

A MON FRÈRE.

Comme témoignage de ma gratitude.

A P. LOWE.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur H. GOUGEROT,

*Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris,*

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En témoignage de ma profonde reconnais-
sance pour son précieux enseignement.

A MON MAITRE,

Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY,

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui fut pour nous le plus bienveillant des
maîtres.

Hommage respectueux de notre vive gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS
ET DE LA HAVANE.

A MON MAITRE,
Monsieur le Docteur MILIAN,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Officier de la Légion d'Honneur.

Expression de ma sincère reconnaissance et
de mon entier dévouement pour ses savantes
leçons.

A Monsieur le Docteur MARCEL DUCOURTIOUX,
Médecin-Assistant à l'Hôpital Saint-Louis,
Médecin de l'Hôpital M. H. de Rothschild.

Qui nous a inspiré et guidé dans ce travail.
Faible témoignage de ma profonde reconnais-
sance et de ma respectueuse affection.

INTRODUCTION

Parmi les dermatoses inesthétiques, le xanthélasma, c'est-à-dire le xanthome des paupières, occupe, par sa couleur et sa localisation, une place primordiale.

Le xanthélasma a été longtemps considéré comme une affection purement dermatologique, tantôt néoplasique, tantôt d'origine infectieuse. Mais sa coïncidence avec les ictères, le diabète, les affections hépatiques a attiré l'attention sur les rapports qui devaient exister entre ces affections et le xanthélasma.

Il se présente généralement chez des sujets âgés ou d'âge moyen qui souffrent de certains troubles hépatiques ou de diabète.

Il est constitué par des taches jaunâtres extrêmement disgracieuses en raison de son caractère inesthétique, les malades attachant une grande importance à être débarrassés de cette lésion.

Cette affection n'est pas rare. On la trouve principalement en clientèle non parce qu'elle affecte une classe plus qu'une autre, mais parce que, excepté le cas où

elle est très étendue, elle est très bien supportée, et la plupart des malades des hôpitaux n'y attachent pas d'importance.

Dans cette courte étude nous ne ferons qu'envisager les divers traitements qui ont été utilisés pour le xanthélasma, ainsi que quelques données d'étiologie et de pathogénie nécessaires, pour comprendre le traitement.

Le traitement local est, nous nous empressons de le dire, beaucoup plus important que le traitement général. Parmi les divers procédés utilisés nous insisterons surtout sur l'électrocoagulation employée par M. Ducourtieux avec d'excellents résultats, et aussi sur le procédé de résection chirurgicale dont cet auteur a décrit la technique. Avec ces deux traitements et aussi le galvanocautère on peut obtenir de très beaux succès esthétiques.

Ces résultats suffisent pour donner à ces traitements un regain d'actualité, étant donnée l'importance qu'a prise dernièrement la chirurgie esthétique.

Au fur et à mesure que nos connaissances dans l'étiologie du xanthélasme progressent, le traitement étiologique deviendra de plus en plus efficace et sera peut-être le seul employé. Mais en attendant ce moment nous sommes obligés de le reléguer à un deuxième plan, et de nous borner à un traitement local, qui bien conduit sera, lui aussi, d'une très grande efficacité.

Le traitement médical aura pour but d'empêcher, autant qu'il est possible, l'apparition ultérieure de nouveaux éléments.

Telles sont donc les données thérapeutiques dont

nous voulons montrer les avantages. Nous avons cependant, très schématiquement, repris l'étude du xanthélasma selon le plan suivant :

- I. — *Étude clinique générale.*
 - II. — *Pathogénie et étiologie.*
 - III. — *Traitement médical étiologique.*
 - IV. — *Traitement local.*
-

CHAPITRE I

ÉTUDE CLINIQUE GÉNÉRALE

En clinique le dépôt intradermique de substances grasses et de cholestérine a des aspects variables : tantôt il est plan, se localise aux paupières, et prend alors le nom de xanthélasma ; tantôt il est élevé, saillant, tubéreux, formant de nodosités jaunes, c'est le xanthome éruptif ou multiple ; tantôt il est sessile ou pédiculé et on l'appelle alors xanthome en tumeur.

Nous décrirons longuement le xanthélasma et très brièvement les autres formes. Nous dirons ensuite quelques mots de l'anatomie pathologique et du diagnostic.

XANTHÉLASMA.

Nous réservons ce nom au xanthome plan des paupières. Gaucher généralise le nom de xanthélasma à tous les xanthomes en plaques, siégeant sur les muqueuses et sur la peau, soit à la tête (paupières, nez, joues, oreilles),

soit sur les organes génitaux. Mais nous sommes d'avis, avec Darier, qu'on doit désigner du nom de xanthélasma, la forme plane des paupières, d'ailleurs de beaucoup la plus fréquente, comme l'a fait pour la première fois Erasmus Wilson en 1869.

Les lésions consistent en taches d'un jaune paille ou bistre, occupant indifféremment les deux paupières.

Leur siège d'élection est la partie moyenne des paupières et l'angle interne de l'œil. Les taches peuvent être sur le même niveau que la surface de la paupière ou très légèrement surélevées.

La taille des éléments varie de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, quoiqu'ils puissent en certains cas, ainsi que l'a vu Kaposi, avoir une étendue de plusieurs centimètres. Les placards plus grands sont dus à la conglomération de plusieurs plaques plus petites, qui peuvent être facilement décelées à l'aide de la loupe. Elles présentent alors une bordure festonnée tout à fait caractéristique.

Leur forme est ronde ou ovale à grand axe transversal, suivant le pli des paupières. Les bords sont toujours bien limités, tranchant nettement avec la peau saine périphérique ; ils sont tantôt réguliers, tantôt festonnés. Les éléments sont séparés par des intervalles de peau saine.

La couleur jaune paille d'après la comparaison classique est celle de la peau de chamois. Elle peut varier de la teinte café au lait au jaune orangé.

Les éléments ne disparaissent pas à la vitro-pression, et même au contraire cette technique est une bonne

méthode pour le diagnostic des plaques au début, puisque en chassant le sang autour de la lésion le placard apparaît plus nettement.

Au toucher, on ne décèle ni infiltration ni induration ; la peau des taches est lisse ou très légèrement cloisonnée par de petits sillons.

Il n'y a aucune sensation douloureuse spontanée ou provoquée excepté un léger prurit d'ailleurs exceptionnel.

Les lésions débutent d'ordinaire très insidieusement. Le xanthélasma est fréquent chez les adultes et chez les vieillards, plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Il peut se voir aussi, mais plus rarement, dans l'enfance. Dernièrement nous avons vu une petite fille de cinq ans qui présentait plusieurs plaques. Exceptionnellement son début peut être brusque comme l'a observé Darier au cours d'une cirrhose hypertrophique avec ictère.

On l'a vu coïncider avec d'autres formes de xanthomes, avec le xanthome en tumeur (dans les deux tiers des cas d'après Grenaud) et exceptionnellement avec le xanthome éruptif.

XANTHOME ÉRUPTIF.

Appelé aussi xanthome tubéreux multiple il est plus rare. Il est constitué par des papules ou tubercules de dimensions variables, de couleur jaune d'or avec une auréole rosée de consistance tantôt molle, tantôt cheiloïdienne. L'évolution se fait par poussées. Ses éléments

sont quelquefois prurigineux et douloureux. Il siège habituellement au coude, au genou, aux épaules, aux fesses, c'est-à-dire qu'il est fréquent aux points où la peau est souvent plissée.

XANTHOME EN TUMEUR OU CONGÉNITAL.

Est une néoformation saillante, globuleuse ou conglomérée, sessile ou pédiculé, de couleur jaunâtre, plus ou moins foncée. Il peut avoir une dureté ligneuse. Il siège habituellement au sommet des coudes, aux genoux, et aux épaules. Il est congénital ou apparaît dans les premiers mois de la vie.

Le xanthome diabétique, éruptif, tubéreux, prurigineux, évoluant par poussées, ne doit pas être, d'après Darier, séparé des autres formes du xanthome éruptif, comme le font les auteurs américains et anglais: Radcliff, Croker, M. Morris, Barlow et Macleod, car dans ces formes aiguës du xanthome éruptif le mécanisme pathogénique montre qu'il s'agit d'un même trouble modifié par des circonstances pathogéniques différentes.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES.

Les lésions sont constituées dans le derme par des amas de grosses cellules conjonctives d'aspect spécial, fusiformes, polyédriques ou globuleuses d'un diamètre moyen de 25 à 30 μ , décrites par Chambard. Elles sont habituellement disposées autour des vaisseaux, le noyau souvent refoulé à la périphérie et le protoplasma pré-

sente parfois un aspect réticulé vacuolaire. Ses vacuoles renferment des granulations graisseuses spéciales. Ce sont les cellules xanthelasmiques de Chambard, appelées cellules xanthomateuses. Elles ne présentent jamais de karyokénèse, les cellules sont libres dans une maille conjonctive ou groupées en îlots séparés par des fibres connectives épaissies. On les trouve aussi quelquefois formant une masse protoplasmique multinucléée, à noyaux disposés en couronne ou demi-couronne donnant l'aspect de cellules géantes. Cet aspect a été décrit par le P^r Spillman.

Ainsi se trouvent constituées des trainées de nodules xanthomateux séparées par du tissu conjonctif et élastique.

Les vaisseaux ont des rapports étroits avec les cellules et présentent souvent de la sclérose.

L'épiderme est normal ou chargé de pigment. La substance grasse spéciale du xanthome se présente souvent sous la forme de granulations mais aussi de cristaux ou d'aiguilles. Ces graisses sont solubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme. Elles sont fusibles à la chaleur. Ces granulations prennent deux aspects différents.

Les unes se colorent mal par l'acide osmique, qui leur donne une teinte bistrée, se teintant en rouge orange, sous l'action du soudan III.

Les autres sont colorées en noir franc par l'acide osmique et deviennent rouges avec le soudan. Ces deux sortes de graisses coexistent dans le xanthome, mais irrégulièrement et diversement distribuées.

DIAGNOSTIC.

En général le diagnostic du xanthélasma est assez facile. Sa localisation, sa forme, et surtout sa couleur sont assez typiques pour qu'on ne trouve pas de difficultés.

Cependant il faut se souvenir, ainsi que l'a indiqué E. Besnier, que « tout ce qui est jaune n'est pas du xanthome ».

Il importe de savoir que certaines affections peuvent simuler le xanthome : l'urticaire pigmentaire, par exemple. Il est extrêmement rare que ces lésions siègent seulement aux paupières, il y en a généralement disséminées par tout le corps. L'évolution, les contours géographiques, le prurit assurent aisément le diagnostic.

La dégénérescence colloïde du derme diffère du xanthélasma par la transparence de ses éléments.

Le millium, quand il se localise aux paupières, est, par son aspect, tellement différent du xanthélasma qu'aucune confusion n'est possible.

Les hydradénomes et les adénomes sébacés par leur couleur et leurs dimensions se distinguent aisément du xanthélasma.

Les adénomes sébacés lorsqu'ils siègent sur les paupières sont généralement symétriques, blanchâtres ou rougeâtres. D'autres lésions coexistent sur la figure.

Le pseudo-xanthome élastique siège principalement au cou, aux plis articulaires, mais il est tout à fait exceptionnel aux paupières. Il est jaune violacé.

Nous ne ferons que citer les verrues planes, de diagnostic facile.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

C'est à la suite des travaux de Chauffard et Guy Larôche que la pathogénie du xanthôme a été élucidée.

Dès 1877 Potain soutenait que le xanthome des hépatiques était dû à un dépôt cutané de matières grasses incomplètement oxydées. Il y avait là une idée exacte : la notion du terrain hépatique. Unna préconisa la thèse infectieuse qui fut vite abandonnée. Ensuite une théorie néoplasique apparut avec Virchow, Török, Bodin. Pour ces auteurs le xanthome était une tumeur et les cellules adipeuses n'étaient que de cellules demeurées à l'état embryonnaire ; l'ictère n'était dû qu'à l'envahissement du foie par des éléments néoplasiques.

Contre cette théorie Guy Larôche et Beurmann se sont élevés en se basant sur des considérations cliniques.

Chauffard et Guy Larôche en 1910 ont relié pour la première fois le dépôt cutané de cholestérine à l'augmentation de cette substance dans le sang, et ils ont montré que le xanthome n'était qu'un véritable tophus cholest-

térique, comparable au tophus uratique des gouteux.

En constatant presque toujours une hypercholestérimie avec hyperlipémie et hyperlécitinémie, Chauffard et Guy Laroche soutiennent l'hypothèse que les graisses et les lipoïdes viennent du sang et quel exanthème n'est qu'un dépôt cutané secondaire. Ces graisses sont transmises aux cellules conjonctives par les endothéliums vasculaires, ils passent ainsi de cellule à cellule. Ce transport est purement cellulaire d'après Pautrier et Lévy Coblentz, mais Guy Laroche pense qu'il y a dépôt intra- et extra- cellulaire.

Flandin et Feuillée ont émis une hypothèse de sécrétion locale de cholestérine par les éléments cellulaires conjonctifs transformés en glandes. Mais cela paraît peu probable puisqu'ils n'ont aucun caractère glandulaire et le fait est encore plus net dans le xanthélasma où les cellules sont en repos bien que chargées de lipoïdes.

Darier et Brocq ont constaté que souvent les malades porteurs de taches xanthélasmiqnes ont une cholestérine normale. Mais Guy Laroche répond que chez ces malades il est rare que des dosages répétés et échelonnés sur plusieurs mois n'aient permis de constater une poussée d'hypercholestérimie. D'ailleurs les lésions peuvent être dues à une poussée solitaire.

Il faut aussi se demander si chez certains sujets à cholestérimie normale il n'existe pas une cholestérimie relative. Une hypoglicémie fréquente chez ces malades (Pautrier) nous montre qu'il y a un déséquilibre humoral.

La notion importante à la base de cette pathogénie est donc celle de l'hypercholestérimie, reconnue actuellement en France et à l'étranger par tous les auteurs. Elle permet de comprendre le développement de xanthomes chez les hépatiques et les diabétiques.

Nous allons essayer de résumer le plus clairement et le plus succinctement possible l'état actuel de nos connaissances concernant la physiologie et la pathologie de la cholestérine.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA CHOLESTÉRINE.

C'est seulement à partir de 1910 que Chauffard fit soupçonner le rôle considérable de la cholestérine, non plus seulement dans le fonctionnement du système nerveux mais dans la physiologie normale et pathologique de l'homme. Mais à vrai dire, elle avait été isolée et identifiée dans l'organisme par Chevreuil, et déjà Flint en 1862 avait montré l'importance clinique de son dosage dans le sang. Chauffard avec Gringaud constata ses variations physiologiques et pathologiques.

L'origine de la cholestérine est double ; tantôt exogène, alimentaire ; tantôt endogène, viscérale. Certains aliments contiennent une grande quantité de cholestérine, tels :

Cerveille.	27	pour 1 000
Jaunes d'œuf.	24	—
Viscères.	3	—
Beurre.	4	—

D'autres sont extrêmement pauvres en cette substance

Ils seront la base du régime hypocholestérinique comme nous le verrons plus tard.

Par exemple :

Lait.	0,26	pour 1 000
Viandes grillées.	0,70	—

Les capsules surrénales, surtout à certaines périodes (grossesses, règles), ont une quantité de cholestérine qui peut arriver jusqu'à 50 pour mille. Les corps jaunes sont aussi des foyers temporaires de cholestérine. La rate également fabrique de la cholestérine qui est éliminée par la veine splénique.

Cette cholestérine est transformée dans l'organisme en oxycholestérine par oxydation. Une partie est éliminée par le foie dans la bile et sans doute réabsorbée, mais une partie très importante est surtout transformée en acides biliaires par la cellule hépatique, si l'on s'en rapporte à l'hypothèse de Gringaud.

La cholestérine se présente dans l'organisme sous deux états : fixe et circulante. La cholestérine fixe est un lipide constitutif de tout cytoplasme. Elle fait partie intégrale du squelette des architectures cellulaires. Elle est donc le constituant plastique dans les corps cellulaires. C'est, comme l'a dit Parnas, « le ciment des structures cellulaires ».

CHOLESTÉRINÉMIE NORMALE.

La cholestérine circulante normale est de 1 gr. 50, on peut cependant considérer comme normaux les chiffres compris entre 1 gr. 30 et 1 gr. 80.

Elle est constante mais présente des variations physiologiques. Dans la grossesse elle augmente et Chauffard pense que cette cholestérinémie est due à une hyperactivité des corps jaunes et des capsules surrénales, que mobilisent les réserves. L'augmentation de ce taux au cours de la vaccination, et des infections a attiré l'attention sur l'intervention de la cholestérine dans les réactions de défense. Le travail de la digestion augmente légèrement le taux de la cholestérine. Aucun fait n'est venu apporter de lumière sur le rôle physiologique joué par cette hypercholestérinémie.

CHOLESTÉRINÉMIE PATHOLOGIQUE.

Le taux de cholestérine peut être augmenté ou diminué.

Il y a des hypercholestérinémies dans les maladies infectieuses, où il varie dans le sens inverse de la température, dans l'artériosclérose, dans les néphroses lipidiques, chroniques, néphrites et surtout, ce qui nous intéresse d'avantage, il y a des hypercholestérinémies d'origine hépatique et diabétique.

A ce sujet on divisera les malades en deux groupes :

Ceux qui présentent de l'ictère et dont le flux irrégulier de la bile, provoque l'accumulation de cholestérol dans le sang par suite d'un défaut de transformation et d'élimination de cette substance dans l'acte de la cholalégénie ;

Ceux qui, sans présenter d'ictère, sont atteints d'insuffisance de la cellule hépatique. Cependant ils présentent

des pigments biliaires dans le sang. Un fait à remarquer chez les hépatiques est la faible proportion des éthers du cholestérol en relation avec le cholestérol total. Ce rapport normalement de 60 pour 1 000 s'abaisse chez ces malades, pouvant même avoisiner le zéro. Il faut aussi faire remarquer que dans les ictères hémolytiques il n'y a pas de cholestérinémie. Il y a là un excellent élément de diagnostic entre les ictères hépatiques et les ictères hémolytiques.

Tout cela nous explique pourquoi est si fréquente chez certains hépatiques l'apparition du xanthélasma et d'autres xanthomes. Ils peuvent apparaître dans la lithiase biliaire, dans la cirrhose, et même dans la cholémie simple.

Le xanthome juvénile indique un trouble congénital du métabolisme de la cholestérine. Guy Laroche a montré que les enfants qui en sont atteints présentent toujours de légers troubles des fonctions d'oxydation du foie.

Au cours du diabète il y a aussi hypercholestérinémie comme l'a prouvé Marcel Labbé. C'est pourquoi le xanthélasma et les xanthomes sont fréquents au cours de cette maladie. L'action rapide de l'insuline sur l'hypercholestérinémie du diabétique a été montrée par Labbé et Tamalet. Cette action est parfois plus rapide que sur la glycémie. Ils attribuent à l'insuline une action directe sur le métabolisme des graisses. Ces effets se produisent seulement sur les xanthomes des diabétiques. Au sujet du xanthélasma, Flandin et Ducourtioux n'ont eu aucun succès par le traitement insulinique. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant du traitement médical.

Il y a hypocholestérinémie dans les maladies aiguës (fièvre typhoïde et pneumonie), dans l'ictère hémolytique (où elle peut être normale) et dans des maladies chroniques comme la tuberculose.

DÉPÔTS DE CHOLESTÉROL.

Ce sont des dépôts de cholestérine qui se produisent quand son métabolisme est troublé. Ils peuvent se faire dans l'appareil circulatoire, les émonctoires et les tissus.

Dans l'appareil circulatoire le plus important est l'athérome artériel. Les amas de cristaux apparaissent dans les tuniques vasculaires.

Des calculs dus à l'hypercholestérocholie dans la vésicule biliaire sont un autre exemple de dépôt de cholestérine dans les viscères.

Pour ce qui est des tissus, les dépôts au niveau de l'œil, de la peau, et les tophi goutteux qui, d'après Læpper et Chauffard, sont formés des urates de soude, de la cholestérine et de l'acide oxalique, sont ceux qui nous intéressent particulièrement.

L'œil semble être le lieu d'élection, qu'il s'agisse non seulement de ses annexes mais aussi du globe oculaire lui-même. Quant au xanthélasma de la paupière, nous l'avons déjà décrit ailleurs.

Au sujet du globe oculaire lui-même, le dépôt de cholestérine physiologique ou pathologique peut siéger au niveau du segment antérieur, c'est-à-dire sur son appareil dioptrique (cornée et cristallin), de même qu'à

sa partie profonde (corps vitré) et sur ses éléments nobles (rétine).

L'infiltration pour ainsi dire physiologique de la périphérie de la cornée sénile est ce qui constitue le gérontoxon ou arc sénile. Mais à l'état pathologique, la proportion peut augmenter considérablement. Le P^r Terrien vient de publier quelques observations de ce genre. La cholestérinémie était sensiblement normale. Il n'existait pas de xanthélasma.

On trouve aussi de la cholestérine dans le cristallin, principalement dans la cataracte où la quantité de cholestérine qui y est fixée est environ dix fois plus élevée qu'à l'état normal. On peut noter la discordance entre la cholestérine fixe et celle qui est libre, puisque dans la majorité des cataractes on trouve un taux de cholestérine sanguine normal.

Pour la rétine la question est controversée. Cependant dans la rétinite brightique on a constaté une hypercholestérinémie très nette.

Enfin, dans le vitré chez certains sujets on peut, à l'aide de l'ophtalmoscope, constater la présence de corps brillants très mobiles, qui constituent le « synchisis étincelant ». Il est la conséquence de la précipitation dans le vitré du cholestérol et des phosphates. Chez ces malades on trouve généralement une hypercholestérinémie atteignant même 3 gr. 08 (Morax) et 3 gr. 50 dans une observation de Terrien. La coexistence de ces lésions avec le xanthélasma est exceptionnelle.

Ce que nous venons de dire représente, très succinctement, l'état actuel de nos connaissances sur la physiopa-

thologie du cholestérol. Il reste encore malheureusement beaucoup à faire pour connaître à fond cette question.

Nous ignorons pourquoi les dépôts se font en tel endroit plutôt qu'en tel autre. Sans doute les régions à peau fine (angle interne des paupières) se trouvent favorisées. Peut-être les traumatismes répétés favorisent les dépôts.

Nous ignorons pourquoi l'hypercholestérimie des brightiques et des hypertendus qui est parfois très élevée ne provoque ni xanthomes ni xanthélasma.

Nous ignorons pourquoi il peut exister du xanthélasma chez un malade, ayant 2 gr. 50 de cholestérine, tandis qu'un autre avec 3 et même 5 grammes n'en présentera pas. Il s'agit là, peut-être, d'une question de « diathèse précipitative » que l'étude du pouvoir précipitatif du sérum par la réaction de Loeper et Lemaire pourrait éclairer.

CHAPITRE III

TRAITEMENT MÉDICAL ÉTIOLOGIQUE

D'après nos Connaissances de l'étiologie du xanthélasma nous pouvons en déduire un traitement médical, car très souvent cette affection n'est que l'expression cutanée d'un dysfonctionnement hépatique.

Une des bases essentielles du traitement médical du xanthélasma est le régime tel que Chauffard l'a formulé.

L'établissement de ce régime doit être envisagé du point de vue quantitatif et qualitatif.

La suppression des aliments riches en cholestérol et en graisses génératrices de cholestérol est logiquement primordiale. Parmi les aliments les plus nocifs, citons les jaunes d'œuf, le beurre, la crème, la cervelle. Il est essentiel, surtout chez les malades dont les lésions hépatiques sont évidentes, de supprimer tout aliment capable de surmener la cellule hépatique : les sauces, les graisses, les abats, les civets. On conseillera les viandes grillées ou rôties, les légumes verts, le lait écrémé, les fruits.

Les malades porteurs de xanthélasma sont des hyper-

cholestérinémiques dont beaucoup sont des pléthoriques, petits ou grands obèses. La surcharge cholestérolique de l'organisme baissera quelquefois par le seul fait d'une cure de réduction alimentaire. Ce fait a été bien observé par de Gennes et Laudat.

Parmi les médicaments, nous citerons d'abord ceux qui agissent sur le foie par leur action cholagogue et stimulante de la cellule hépatique et qui sont susceptibles de donner des bons résultats. Tous les cholagogues: oléate de soude, atophan, sels biliaires, etc., mais nous insisterons particulièrement sur l'action décholestérolisante du sulfate de soude, pris le matin à jeun, à la dose de 5 grammes, comme cela a été préconisé par Loeper et Binet.

Loeper, Lemaire et Chabrol ont mis la feuille d'artichaut dans le champ d'actualité thérapeutique. L. Tixier et Marcel Eck ont montré l'action décholestérinisante de son principe actif, la *Cynara Scolymus*, par ingestion ou mieux injection intraveineuse, ou intramusculaire d'une solution renfermant 2 pour 100 du complexe cristallisé. Ils concluent: « La feuille d'artichaut, et notamment le principe cristallisé du cynara injectable, agissent sur le métabolisme de la cholestérine. Ils semblent retarder la précipitation de la cholestérine dans les tissus. Ils favorisent le déplacement des déchets cholestérinés des tissus vers les humeurs, et facilitent ainsi l'élimination de ces déchets. »

Parmi la médication chimique, l'iode occupe une place importante. Son action serait oxydante. Elle doit être longtemps poursuivie.

Les extraits thyroïdiens peuvent agir efficacement, produisant ainsi un amaigrissement en augmentant la combustion. Cette médication est moins facile à manier et même dangereuse, elle doit être utilisée seulement dans les cas d'insuffisance thyroïdienne avérée.

La pepsine peut agir sur le cholestérol sanguin en série de 15 injections de 0,10 de pepsine, à raison de trois par semaine, comme l'a préconisé Loeper et Codounis.

Villaret utilise l'opothérapie hépatique soit en cachets de 0 gr. 50 (2 à 4 par jour) ou mieux en extraits injectables.

La cure d'exercice pour augmenter les oxydations pourrait être associée aux thérapeutiques cliniques pour compléter leur effet. On peut aussi faire une cure hydro-minérale à Vichy ou Contrexéville, ce qui donne souvent des bons résultats.

Nous arrivons à la médication insulinique qui a été préconisée il y a quelques années dans le traitement des troubles divers relevant de l'hypercholestérolémie.

Les résultats sont bons dans le cas de xanthélasma d'origine diabétique. Flandin, Ducourtioux et Péchery ont étudié le traitement insulinique, appliqué au traitement du xanthélasma et d'autres formes de xanthomes. Ils ont montré que « réagissent nettement à l'insuline seulement les cas dans lesquels en même temps qu'il y avait hypercholestérolémie existe aussi une augmentation de la glycémie ».

On doit donc instituer la cure insulinique lorsque le dosage du sucre sanguin nous montre une hyperglycémie même légère, révélant un diabète fruste.

Mais Chauffard et Brocq ont noté que le xanthélasma est assez rare chez les diabétiques.

En résumé, le traitement médical et principalement le régime seront souvent efficaces chez les petits hypercholestérolémiques, lorsque l'origine du trouble morbide réside dans un excès alimentaire, ou une mauvaise hygiène, etc. ; mais il ne faut pas attendre de lui des effets importants comme la disparition complète des taches xanthélasamiques, lorsque l'hypercholestérolémie montre une insuffisance d'organes importants : foie, reins, glandes endocrines.

Il est toutefois bon, et nous le conseillons, de prescrire un régime avec une médication active, en même temps qu'on agit localement, non pas pour faire disparaître les lésions déjà existantes mais pour éviter l'apparition de nouvelles taches, en réduisant les causes d'intoxication d'un organisme hypersensible.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT LOCAL

Le traitement local est de beaucoup le plus important dans le xanthélasma. Nous passerons en revue dans ce chapitre les différents traitements qu'on a utilisés pour débarrasser les malades des taches xanthélasmiques.

Nous parlerons très brièvement de l'électrolyse, des traitements par caustiques chimiques, par les rayons X, par la finsentherapie qui sont presque complètement abandonnés. Nous parlerons ensuite des traitements par le curettage, la neige carbonique et finalement par le galvanocautère. Enfin nous étudierons la résection chirurgicale et l'électrocoagulation, méthodes dont nous allons essayer de montrer les avantages. Nous dirons aussi quelques mots au sujet de l'anesthésie locale nécessaire dans ces traitements.

Nous verrons que ces derniers traitements donnent des résultats excellents et que les indications pour le choix de la méthode varient suivant la localisation des lésions et les conditions dans lesquelles s'effectue l'opération.

RAYONS X.

Nous ne ferons ici que citer le traitement par les rayons X qui est sans effet. Il fut préconisé par Wittehoose en 1904 mais il est fort probable que les résultats obtenus étaient dus à l'emploi d'une dose caustique.

CAUSTIQUES CHIMIQUES.

Stern a préconisé le traitement par le collodion au sublimé à 10 pour 100. Il a guéri quelques cas par cette méthode.

Morrow en 1893 a rapporté plusieurs cas guéris par un petit emplâtre d'acide salicylique à 25 pour 100.

James Mc Guire préconise le monochlore d'acide acétique. Ce traitement, d'après lui, n'est ni douloureux ni dangereux. L'acide doit être appliqué exactement sur la lésion, qui devient blanche. Une croûte apparaît et puis tombe spontanément.

FINSENTHÉRAPIE.

Une série de 20 cas observés à l'Institut Finsen à Copenhague. Ils ont utilisé les mêmes techniques et doses que pour le lupus vulgaire (deux heures tous les jours). La peau environnante doit être protégée. Généralement des séances de 4 à 6 heures sont nécessaires. L'inconvénient de cette méthode est l'apparition d'une pigmentation autour de l'endroit traité.

La lampe de Kromayer sous pression a été utilisée

avec succès par Justus dans le traitement des xanthomes tumoraux.

ÉLECTROLYSE.

Cette méthode a été très utilisée au commencement de ce siècle. Aujourd'hui elle est presque abandonnée, car elle présente plusieurs inconvénients.

Elle est douloureuse et s'accommode mal d'une anesthésie. Il est nécessaire d'effectuer plusieurs piqûres passant sous le dépôt xanthélasmique pour arriver à l'isoler du derme profond par une nappe de soude caustique. Il est malaisé de passer l'aiguille dans la paupière fuyante.

De plus, la sensation désagréable produite par le passage du courant et la difficulté de maintenir la paupière immobile pendant cette opération ont fait abandonner par beaucoup ce procédé.

CURETTAGE.

Cette méthode est recommandée par le ^{Pr} Gougerot lorsque l'ablation est contre-indiquée. Voici sa technique : anesthésie avec une goutte de novocaïne à 1 pour 100 adrénalinée. Faire une incision boutonnière de 3 millimètres au plus au bistouri au ras du xanthélasma jusqu'à ce qu'il laisse passer la plus petite curette. Glisser la curette petite et bien tranchante dans l'incision. Cureter de la profondeur vers la surface mais avec beaucoup de précaution pour ne pas déchirer la peau.

NEIGE CARBONIQUE.

D'après Lortat-Jacob, qui a préconisé cette méthode, les applications ophtalmologiques du froid ne peuvent se faire dans les mêmes conditions qu'en d'autres points de l'organisme. Toute pression est ici à éviter.

La durée du contact doit être notablement réduite. La surface de la pointe doit correspondre à la forme de la lésion.

Pour cet objet on peut utiliser l'instrumentation spéciale de Lortat-Jacob dont le manchon en toile métallique et le tube externe sont à peu près du même type que de son cryocautère courant, mais le détenteur pénètre ici dans le tube externe sans aucune interposition.

Sa caractéristique la plus importante est ici les quatre « pointes cautères » ; la première, courbe et fine ; la seconde, courbe, spatulée, pour lésions étendues ; la troisième courbe et spatulée mais étroite ; la quatrième se terminant par un cylindre effilé.

On peut aussi utiliser un crayon de neige carbonique dont les dimensions sont comparables à celles d'un bâton arrondi de craie à tableau noir.

Étant donnés la minceur des paupières et le voisinage de l'œil, il est aisé de comprendre que des précautions minutieuses s'imposent, dont l'oubli pourrait produire des désastres. Ces précautions ont été soigneusement décrites par Lortat-Jacob. La première est d'empêcher avec soin la rencontre de la « pointe givrée » avec la face profonde des paupières et surtout du globe oculaire lui-même.

Car entre l'appareil et ces surfaces fragiles toujours humides s'établit instantanément une adhérence très grande et particulièrement redoutable. On évitera aussi la mise en contact de la paupière encore congelée avec l'œil, en maintenant la paupière écartée du globe.

Aucune pression ne sera faite dans aucun cas, mais il faudra cependant appuyer suffisamment. On aura soin de le faire autant que possible sur le plan osseux par une traction de la peau.

La durée de l'application varie de 5 à 30 secondes. Lortat-Jacob faisait au maximum 8 secondes avec la « pointe givrée ». Cela dépend de l'importance des lésions et suivant qu'il s'agisse ou non d'une première application, car certaines peaux reagissent plus fortement que d'autres. Il faut plusieurs séances pour avoir un résultat appréciable.

Avant l'opération, on doit nettoyer la tache jaune à l'alcool-éther. Les soins consécutifs sont de toute simplicité : un pansement humide le soir si l'œdème est très marqué et à partir du lendemain de simples soins de propreté.

Cette méthode, la préférée de notre maître Milian, donne d'assez bons résultats, mais la simplicité de l'application est largement compensée par l'inconvénient de l'œdème qui peut persister quelques jours, et aussi par la nécessité de faire plusieurs séances.

GALVANOCAUTÈRE.

Le galvanocautère est un bon procédé décrit par

Sabouraud, et qui est préféré par certains auteurs à cause de sa simplicité.

« Avec la pointe rouge sombre, dit Acquaviva, on zèbrera en tous sens et assez profondément la nappe xanthélasmique. L'opération est rapide. Il persiste une escarre sèche formant croûte qui tombe dans les dix ou douze jours qui succèdent à l'opération. Celle-ci est relativement peu douloureuse. Il y a quelquefois lieu de procéder à de légères retouches si elle a été insuffisante la première fois. La cicatrice est très peu visible. »

Cette méthode donne des résultats assez bons du point de vue esthétique.

*
* *

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE DANS LES ABLATIONS DE FOYERS XANTHÉLASMIQUES.

Pour les traitements dont nous allons parler maintenant ainsi que pour le curettage, il est nécessaire de faire une anesthésie locale. Cette anesthésie exige l'accomplissement de certaines règles qui doivent être rigoureusement suivies.

Dans le procédé de résection aux ciseaux, décrit par Ducourtioux, une solution à 1 pour 100 de novocaïne ou de ses succédanés, principalement l'allocaïne, est constamment utilisée. Une solution à un titre un peu plus élevé, 2 ou 5 pour 100, est préférée par lui, pour l'électrocoagulation.

Cette solution doit être pure et utilisée sans aucune adjonction d'adrénaline. Celle-ci est complètement inu-

tile puisque l'anesthésie n'a pas besoin d'être longue et peut présenter des inconvénients, même des dangers en chirurgie palpébrale. Elle gêne la résorption de l'œdème des paupières qui est parfois considérable. Elle est dangereuse, car du fait de ses propriétés ischémiantes, elle peut provoquer le sphacèle.

RÉSECTION CHIRURGICALE.

Cette méthode est principalement indiquée par Ducourtioux dans les cas des grandes taches xanthélasmiqnes, allongées transversalement, dans le sens des plis palpébraux. Dans ce cas la cicatrice est minime et pour ainsi dire invisible. Pour les petites taches, circulaires ou plus hautes que larges, et pour celles qui sont situées dans la région de l'angle interne de l'œil où la peau tendue est difficile à suturer, M. Ducourtioux pratique une résection sans suture, parce que la suture nécessiterait la résection d'une trop grande quantité de tissu.

La méthode qu'il a décrite consiste à faire une résection aux ciseaux, suivie de suture. Le matériel nécessaire consiste en quelques serre-fines, une pince à disséquer, un stylet, deux paires de ciseaux, droit et courbe, une aiguille à suture fine et à forte courbure, une pince porte-aiguille.

On commence l'opération en faisant un pli cutané transversal, comprenant la tache xanthélasmique, et on fixe ce pli par une série de 3, ou 4 serre-fines. On enfile

alors les anneaux des serres-fines sur le stylet. On vérifie de cette façon la rectitude de la base du pli et on voit si l'on peut réséquer sans risque d'ectropion.

Pour anesthésier on injecte ensuite quelques gouttes de la solution anesthésique sous le pli cutané ainsi maintenu par les serre-fines. Cette façon d'opérer a l'avantage d'assurer la parfaite correction des lèvres de l'incision et de permettre d'opérer sans être gêné par l'œdème dû à l'infiltration anesthésique.

Pour réséquer il ne faut alors qu'un coup de ciseaux donné au ras des serre-fines. Les lèvres de l'incision apparaissent parfaitement coaptées, et on fait alors pour terminer l'opération, une suture à points séparés très fins, passés au ras des lèvres cutanées.

A la suite de l'opération, le malade peut vaquer à ses occupations sans que les traces de l'opération qui vient d'être effectuée attirent l'attention.

Au quatrième jour on enlève les fils et la cicatrice linéaire qui résulte de l'intervention devient très vite invisible.

La résection chirurgicale de la paupière inférieure est beaucoup plus délicate que celle de la paupière supérieure car si l'intervention nécessitait, près du bord libre, une trop grande quantité de tissu, un ectropion serait à craindre, aussi doit-on, avant d'opérer, procéder aux vérifications nécessaires. Au contraire, à la paupière supérieure, on peut réséquer une grande quantité de téguments sans risque d'ectropion, et s'il se produit il sera passager et se corrigera de lui-même en quelques semaines.

Cette méthode est donc d'une extrême simplicité et donne d'excellents résultats.

*
* *

D'autres procédés ont été décrits pour la résection chirurgicale du xanthélasma. Giraudeau, après une injection de novocaïne adrénalinée, pique en pleine tache xanthélasmique avec une aiguille courbe. Alors en soulevant il excise très doucement avec un bistouri et des ciseaux bien pointus, en coupant au ras la lésion. Il reste une plaie superficielle qui saigne un peu. Un pansement à la pommade au peroxyde de zinc à 1 pour 20, en comprimant légèrement, au moyen d'un nouet de coton, est appliqué sur la plaie. Il ne doit y avoir aucune inflammation ni aucun œdème. Le troisième jour le malade supprime tout pansement en ne gardant qu'un peu de pommade sur la plaie. En 5 ou 6 jours la plaie se ferme sans cicatrice apparente.

Cette méthode, à notre avis, est inférieure à la précédente, puisqu'elle ne permet pas de prévoir, avant de procéder à l'opération, s'il y aura un ectropion. Aussi doit-on toujours, s'il est possible, suturer la plaie. Le pansement qui doit occlure l'œil pendant deux jours constitue, lui aussi, un sérieux inconvénient.

Meyer et Saidman conseillent une autre technique. Une anesthésie de novocaïne à peine adrénalinée doit infiltrer en masse les parties molles et soulever le bloc à exciser. Inciser au bistouri ce bloc. On glisse un stylet et on isole. Reste à exciser au bistouri ou aux ciseaux.

Le liquide anesthésique s'écoule par la plaie. Ils appliquent un gros pansement au peroxyde de zinc. Le lendemain, mettre une petite compresse avec une pommade et la maintenir la nuit avec une bande. Au quatrième ou cinquième jour on peut supprimer tout pansement. Opérer un seul œil par séance.

La gêne que produit l'écoulement de liquide anesthésique pendant l'opération est le gros inconvénient de ce procédé.

ÉLECTROCOAGULATION.

Ce fut Bordier qui le premier a introduit l'électrocoagulation dans le traitement du xanthélasma. Il conseille de faire un étincelage.

Cholnoky a décrit récemment (1933) un procédé dans lequel il utilise le bistouri diathermique d'abord et la coagulation ensuite. La peau sur le xanthélasma sera coupée au bistouridiathermique. La masse xanthomateuse enlevée avec une curette et le fond coagulé légèrement.

La cicatrice doit être traitée par iontophorèse en solution d'iodure de potassium à 1 pour 100. Le résultat serait excellent du point de vue esthétique. Nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette méthode.

Monbrun et Castéran décrivent un autre procédé. Ils emploient une électrode humide, petite électrode à bande, coiffée de coton hydrophile, imbibée de sérum physiologique. On utilise de faibles intensités et on cesse l'application de cette électrode lorsque la plaque jaune a blanchi. Suivant l'étendue de la lésion on fait plusieurs

applications, l'escarre est superficielle et s'élimine au bout de quelques jours sans laisser de cicatrice apparente.

Nous allons maintenant décrire le procédé utilisé par M. Ducourtioux, qui consiste à détruire dans une seule séance le tissu xanthélasmique, en procédant couche par couche, et sans aucun risque, par conséquent, d'empiéter sur le tissu sain. Cette méthode n'est nullement aveugle, et permet de ne pas coaguler trop ni trop peu. Ducourtioux utilise le réglage faible d'un appareil à ondes amorties. Il n'emploie pas l'électrode indifférente et son électrode active est représentée par une tête d'épingle. Une curette de Brocq ou un grattoir de Vidal complètent l'instrumentation. La curette est, d'après Ducourtioux, « le complément de l'électrocoagulation ».

On fait, après anesthésie, par quelques gouttes de novocaïne à 2 pour 100, injectée dans le tissu cellulaire sous-jacent, une électrocoagulation en nappe superficielle de la tache xanthélasmique et on enlève à la curette le tissu coagulé.

Un changement de couleur indique une coagulation suffisante pour permettre le curettage. On répète cette opération plusieurs fois en détruisant de cette façon la lésion couche par couche et on atteint ainsi le tissu cellulaire sain. Ce procédé permet donc une extrême précision.

Il ne se forme pas d'escarres. Il n'est pas besoin de pansement parce que la sérosité qui s'écoule de la petite plaie opératoire forme une croûte légère qui tient lieu de pansement. Cette croûte tombe d'elle-même en quel-

ques jours, découvrant une cicatrice aussi souple que les téguments de la paupière et dont la visibilité s'atténue rapidement.

Les indications les plus importantes du traitement par l'électrocoagulation sont les lésions de l'angle interne de l'œil, où la peau est tendue ; et les taches de la paupière inférieure, où une résection, un peu large, pourrait produire un ectropion.

La cicatrice est pratiquement invisible, puisque la paupière est une des régions du corps où le processus de cicatrisation des téguments est le plus parfait. Elles sont toujours linéaires, fines et souples et dissimulées dans les plis palpébraux.

Cette localisation aux paupières, qui fait hésiter certains devant le traitement local du xanthélasma, est donc, en définitive, un des facteurs les plus importants de l'excellence des résultats opératoires.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

M^{me} S... F..., 54 ans, vient consulter, pour des plaques xanthélasmiqnes, siégeant sur les deux paupières et les deux pommettes.

A l'œil gauche les plaques sont nombreuses et principalement à la paupière inférieure, elles se réunissent et forment un véritable placard.

Il y a aussi quelques plaques jaunâtres, de xanthome plan retro-auriculaire avec eczématisation superficielle.

A l'examen général, il n'y a rien à signaler ; pourtant, les examens de laboratoire, montrent une très légère glycémie ainsi que de la cholestérinémie.

Il y a 25 ans, la malade a été opérée chirurgicalement de xanthélasma à l'Hôtel-Dieu, et aussi à l'Hôpital Rothschild. Elle n'a pas suivi de régime.

Étant donnée la multiplicité des lésions, le traitement demande à être fait en plusieurs séances. Il sera fait de préférence par l'association de l'électrocoagulation avec le traitement chirurgical.

Le jour même de sa première visite, la malade fut

opérée des taches de la paupière supérieure, œil gauche. Quatre jours plus tard on enlève les fils (D^r Ducourtioux).

Quelques mois plus tard, la malade revient se faire opérer. On fait l'ablation chirurgicale, suivie de suture, d'une petite plaque à la paupière inférieure de l'œil gauche. Le mois suivant on constate les résultats, qui sont parfaits (D^r Ducourtioux).

Plus tard la malade subit l'électrocoagulation, suivie de curettage d'un grand placard à la paupière inférieure droite.

Cinq jours plus tard on fait un nitrage. Une nouvelle séance d'électrocoagulation est faite.

Un mois et demi plus tard on revoit la malade. Les résultats ont été parfaits, il n'y a pas des traces de cicatrice.

Observation du Service de M. le Professeur agrégé Sézary à l'Hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION II.

M^{me} M... B..., 54 ans. La malade vient consulter pour une petite tache xanthélasmique siégeant à la paupière supérieure de l'œil gauche.

Elle subit l'ablation chirurgicale et quatre jours plus tard, on enlève les fils (D^r Ducourtioux).

Quelques semaines plus tard, on peut constater les bons résultats de l'opération. La guérison est complète.

Observation du Service de M. le Professeur agrégé Sezary, à l'Hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION III.

M^{me} J... R..., 66 ans, vient consulter pour des taches xanthélasmiques très nettes situées sur les deux paupières, à l'angle interne de l'œil.

La malade présente aussi aux pommettes des lésions rouges légèrement télangectasiques et très prurigineuses. Les lésions se calment par l'application de pansements humides.

Elle a présenté des coliques hépatiques à l'âge de 40 ans.

Le dosage de la cholestérine dans le sang donne 4,86 pour 100.

Étant donnée la localisation du xanthélasma, le traitement sera fait à l'électrocoagulation.

Après anesthésie à la novocaïne à 2 pour 100, on électrocoagule la tache de la paupière gauche.

Deux semaines après on électrocoagule la lésion palpébrale droite. Réglage moyen : éclateur demi-serré. Electrocoagulation suivie de curettage. Hémostase du fond avec réglage minimum.

On finit la semaine suivante d'électrocoaguler quelques traces de xanthélasma avec anesthésie au Bonain.

On revoit la malade quelques semaines après et on constate des résultats excellents.

Observation du Service de M. le Professeur agrégé Sézary, à l'Hôpital Saint-Louis.



OBSERVATION III. — M^{me} J... R... avant intervention.



OBSERVATION III. — M^{me} J... R... après l'électrocoagulation des lésions.



OBSERVATION IV. — M^{me} A... M... avant intervention.



OBSERVATION IV. — M^{me} A... M... après intervention
(résection aux ciseaux suivie de suture).

OBSERVATION IV.

M^{me} A... M..., 59 ans. La malade vient consulter parce qu'elle présente des taches xanthélasmiqnes aux paupières supérieures et inférieures des deux yeux. A l'examen général il n'y a rien à signaler.

En deux séances on enlève chirurgicalement (ciseaux suivi de suture) les taches. Quatre jours plus tard on enlève les fils.

La malade revint au bout de quelques semaines, très satisfaite du résultat de l'opération. Les cicatrices sont invisibles.

Observation du Service de M. le Professeur agrégé Sézary, à l'Hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION V.

M^{lle} A..., 45 ans. La malade vient consulter pour des taches xanthélasmiqnes. L'une siège à l'angle interne de la paupière supérieure droite. Elle a les dimensions d'une lentille. A l'angle interne de la paupière supérieure gauche existe une autre tache de la dimension d'un petit haricot.

Elles ont débuté il y a 5 ans environ. L'évolution a été très lente et progressive.

Elles ont été enlevées chirurgicalement (ciseaux suivi de suture). Deux fils à droite et trois à gauche. Quatre jours plus tard ablation des fils.

Le mois suivant il a été impossible de déceler la cicatrice.

Observation communiquée par le D^r Ducourtioux.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement médical du xanthélasma est sans action sur les lésions constituées. Mais il doit être institué en même temps que le traitement local pour éviter surtout l'apparition des nouvelles taches.

II. — Le choix de la méthode de traitement local dépend avant tout de la localisation du xanthélasma.

III. — La résection chirurgicale suivie de sutures est le traitement de choix des taches xanthélasmiqes à grand axe transversal. Elle est facile aux deux paupières. A la paupière intérieure les risques d'éctropion étant un peu plus grands qu'à la paupière supérieure, on évitera cette complication en faisant des résections moins larges qu'à la paupière supérieure.

IV. — L'électrocoagulation sera faite de préférence

dans le xanthélasma de l'angle interne de l'œil, où la peau est tendue, et à la paupière intérieure, où une trop large résection de tissu pourrait produire un éctropion.

V. — L'électrocoagulation suivie de curettage, en procédant plan par plan, suivant la méthode Ducourtioux, est particulièrement recommandable. Elle permet de ne pas coaguler trop ni trop peu.

VI. — La supériorité de l'électrocoagulation suivie de curettage réside non seulement dans sa simplicité d'application, dans l'inexistence totale de la douleur, mais encore et surtout dans la disparition complète et sans cicatrice des taches xanthélasmiqnes en une seule séance, ou tout au plus en deux.

Vu :
Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :
Le Président de Thèse,
GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Troubles des échanges nutritifs, 1926.
- AQUAVIVA. — Les dermatoses inesthétiques ; le traitement par les agents physiques, 1931. Maloine, Paris.
- G. C. ANDREWS. — Diseases of the skin, 1930, p. 901. Saunders, New York.
- BORDIER. — Diathermie et Diathermothérapie, 1931. Bayer. Paris.
- BROCQ-BESNIER-JAQUET. — La pratique dermatologique, 1903. Masson, Paris.
- CHAUFFARD-BRODIN-YOVONOVITH. — Trait. du Xanthome diabétique par l'insuline. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris.
- CHAUFFARD et GUY LAROCHE. — Pathogénie du xanthélasma. Sem. Med. 25 mai 1910, p. 241.
- CHOLNOKY. — Behandlung der de Xanthelasma mit diathermie. Dermato-Wochens. XCVII No. 35, 2 sept. 1933, p. 1301.

DARIER. — Précis de Dermatologie, 1928, p. 1015, Masson, Paris.

DUCOURTIOUX. — Les Traitements du xanthélasma. Revue Médicale Française, XIV, No. 7, oct. 1933, p. 661.

EDELMAN. — Uber Hepatische Xanthomatose. Wien, Medizi, Wochens, oct. 1928.

FLANDIN-DUCOURTIOUX-PÉCHERY. — Cholestérinémie et Glycémie au cours du traitement par l'insuline. Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph., Paris, 1926, XXXIII.

GAUCHER. — Maladies de la Peau, 1921. Bayer, Paris.

GOUGEROT. — La dermatologie en Clientèle, 1932, p. 781, Maloine, Paris.

GUY LAROCHE. — Xanthélasma et Xanthomes. Arch. Derm. et Syph. de la Clinique Saint-Louis. Tome I, fasc. III, sept. 1930, p. 395.

GUY LAROCHE-GRINGAUT. — Journal Médical Français. Fév. 1935.

LEMAIRE. — Thèse de Paris, 1928.

LOUST. — Sur le Xanthome. Paris Médical, janv. 1934.

LOMHOLT. — Trait. du Xanth. par la Photothérapie. British J. of Derm. 1924.

- J. J. M. MACLEOD. — Diseases of the skin, p. 1171.
London, Lewis.
- Mc. GUIRE. — Monochoro acid in the Treat. J. Cuta.
and Genito Uri. Dis., 1898, p. 328.
- MOUTON-CHAPAT. — De l'emploi de la Neige Carbo-
nique dans le Trait. du Xanthélasma. Bull. Soc. Oph.
de Paris, 1926.
- SÉZARY-LÉVY COBLENZ. — De l'Histyocytome au
Xanthome. Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph., 1933,
p. 798.
- SÉZARY-LICHTWITZ-LEBLANC. — Xanthome Palpé-
bral et Auriculaire, ses Rapports avec l'hypercholes-
térinémie et hyperuricémie. Bull. Soc. Fr. de Derm.
et Syph., 1927, janv.
- SOULA. — Introduc. Physiol. à l'Étude de la cholesté-
rine. Jour. Méd. Fr. Fév. 1935.
- Traité de Derm. Clin. et Thérap. Tome I, 1933, Doin,
Paris.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE I.	13
— II.	17
— III.	28
— IV.	32
OESERVATIONS.	14
CONCLUSIONS.	50
BIBLIOGRAPHIE.. . . .	52

